

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CÉPHALÉE DES NEURASTHÉNIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 31 Juillet 1894

PAR

ADRIEN HALLY

Né à Frenelle-la-Grande (Vosges)

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (Lauréat, Médailles d'argent, 1878-80-84-84)

EX-INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA « SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY »

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
DEMANGE, professeur.
SIMON, agrégé.
PARISOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CÉPHALÉE DES NEURASTHÉNIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 31 Juillet 1894

PAR

ADRIEN HALLY

Né à Frenelle-la-Grande (Vosges)

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (Lauréat, Médailles d'argent, 1878-80-81-84)

EX-INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA « SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY »

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
DEMANGE, professeur.
SIMON, agrégé.
PARISOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q.
V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, HECHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours
Physiologie.....	M. RENÉ, A Q, agrégé, chargé du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A Q, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.
RENÉ, A Q.
VAUTRIN A Q.

MM. SIMON, A Q.
REMY, A Q.
P. PARISOT, A Q.

MM. HAUSHALTER.
FÉVRIER.
PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES CHERS MORTS

A MON PÈRE VÉNÉRÉ

Faible témoignage d'affection

A MA FEMME & A MES ENFANTS

A LA MÉMOIRE DE MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE NANCY

MM. LES PROFESSEURS L. PARISOT, E. SIMONIN,
LALLEMENT, POINCARRE, DEMANGE, ROUSSEL,
GRANDJEAN, E. PARISOT, BÉCHET & BERTIN

A MES ANCIENS CAMARADES D'INTERNAT

MM. LES DOCTEURS DUPREY, GRASSE

ET

A LA MÉMOIRE

DE MM. LES DOCTEURS JOURNAL, BRUNET & KARDAMATIS

A MES MAÎTRES D'HIER & D'AUJOURD'HUI

MEIS & AMICIS

INTRODUCTION

Parmi les symptômes de la neurasthénie, la céphalée est certainement un de ceux qui se présentent le plus fréquemment. Elle peut exister à peu près seule et constituer, par cela même, une lésion difficile à diagnostiquer quant à sa pathogénie, soit accompagner d'autres signes de dépression nerveuse ; il est alors plus facile de la rattacher à sa véritable origine. Ce n'est pas que la céphalée soit un phénomène récemment signalé dans la neurasthénie ; de tous temps, on a parlé de maux de tête chez les gens nerveux ; mais on n'avait pas encore donné à ce signe l'importance qu'il mérite ; sa véritable signification dans tous les cas où on l'observe n'avait pas été très nettement détachée. Aussi, sur le conseil de M. le Professeur Spillmann, avons-nous résolu d'étudier cette faible partie du grand tout qui s'appelle la neurasthénie : quelques observations ont pu servir de point de départ à nos recherches et justifier ce travail. Nous étudierons l'historique de la question, nous passerons en revue les diverses

modalités cliniques qu'affecte la céphalée neurasthénique, nous essaierons d'éclaircir sa pathogénie ; mais surtout le diagnostic sera l'objet de nos plus grands soins ; enfin dans le chapitre du traitement, nous rassemblerons tout ce qui a trait à la thérapeutique de ce symptôme souvent si pénible.

Mais auparavant qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Spillmann toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis longtemps et surtout pendant l'exécution de notre thèse. Que M. le Professeur Demange reçoive ici l'expression de notre gratitude pour les encouragements qu'il nous a toujours donnés. Enfin, que M. le Professeur agrégé P. Parisot, le digne fils de notre premier et vénéré maître, veuille bien aussi accepter nos sincères remerciements pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours montré.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La question n'est pas bien vieille encore ; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, si l'on a, de tous temps, signalé les maux de tête chez les gens nerveux, il ne faut pas remonter bien loin pour trouver une étude d'ensemble de ce phénomène.

Déjà en 1871, Gerhardt (1) (d'après Müller, voir plus loin p. 40 de son ouvrage), avait parlé de la *pression céphalique* décrite par Runge et l'attribuait à une lésion du grand sympathique.

Runge (2), en effet, sous le nom de *pression céphalique* (Kopfdruck) avait décrit la neurasthénie ; mais sa description s'écartait trop de celle de Beard, et elle avait le tort de comprendre sous une dénomination par trop spéciale un ensemble de faits trop étendus et trop disparates.

Lafosse (3), dans sa thèse, 1887, est le premier, croyons-

(1) Leipzig, 1881. *Sammel, Klin. Vorträge*, n° 209.

(2) Runge, *Ueber Kopfdruck. Arch. f. Psych. und Nerven*, 1875, 3.

(3) Lafosse, *Etude clinique de la céphalée neurasthénique*, Thèse de Paris, 1887.

nous, qui publie un travail d'ensemble sur la question ; sa monographie très peu complète, du reste, inspirée par Charcot, est basée sur 46 observations recueillies dans divers auteurs qui ont traité de la céphalée. La symptomatologie clinique et le diagnostic sont l'objet des soins particuliers de l'auteur, et nous avons dû recourir souvent à ce travail pour y puiser tout ce qui a trait à la question. Bouveret (1), dans son traité sur la *neurasthénie*, consacre quelques lignes à la céphalée; il rappelle surtout le travail précédent et ne cite aucun fait original.

P. Blocq (2), dans une revue générale sur la *neurasthénie et les neurasthéniques*, parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, ne fait pas plus que ses prédécesseurs : comme eux, il se contente de signaler les travaux de Lafosse et de Charcot.

Rauzier (3), dans une étude très complète parue sur la neurasthénie dans la *Semaine médicale*, range parmi « les symptômes de définition » ou stigmates de la neurasthénie, la céphalée ; ici, encore, la valeur clinique de ce signe est bien mise en relief ; mais tout ce qui a trait au diagnostic surtout et à tous les autres points de la question, est laissé dans l'ombre et noyé dans l'étude des autres signes de la neurasthénie, plus importants que la céphalée. Charcot cependant, dit Rauzier, depuis longtemps frappé par les caractères particuliers de la céphalée chez certains

(1) Bouveret, *La neurasthénie*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890.

(2) P. Blocq, *La neurasthénie et les neurasthéniques*, *Gazette des Hôpitaux* (18 avril 1894).

(3) Rauzier. *De la Neurasthénie*. *Semaine médicale*, 1893, p. 513.

malades (céphalée en forme de casque) reconnu dans les neurasthéniques de Beard ses névrosés « Galeati ».

Déjà en 1883, Müller (1), dans un ouvrage important sur la neurasthénie, avait signalé la céphalée, d'après Lafosse et Bouveret ; il y ajoute quelques réflexions originales que nous reproduirons un peu plus loin.

(1) F.-C. Müller. *Handbüch der Neurasthenie*. Leipzig, Verlag von Vogel, 1893.

CHAPITRE II

Aperçu général sur la Neurasthénie

Peu de maladies, dit Rauzier (3), sont au point de vue symptomatique aussi richement pourvues que la neurasthénie. La névrose peut frapper tous les systèmes ou appareils de l'économie, simultanément ou isolément, et offrir, par conséquent, les symptômes les plus variés. Il était donc indispensable de faire un choix parmi ces symptômes, de dégager de ce complexus par trop confus un certain nombre de signes à peu près constants, formant un groupement caractéristique.

On s'accorde actuellement à décrire des symptômes « de définition » ou *stigmates* de la neurasthénie, et des *symptômes accessoires* ou de seconde ligne.

Parmi les stigmates de la neurasthénie, il faut citer : la *céphalalgie*, le vertige, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'amyosthénie, la rachialgie, les troubles gastro-intestinaux. — Les troubles accessoires se répartissent assez uniformément sur la plupart des appareils, et cette

(1) *Semaine médicale*, p. 514, 1893.

généralisation semble justifier l'opinion que Beard se faisait de la neurasthénie : *Non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est*. Ces troubles peuvent porter sur l'intelligence, la motilité, les reflexes tendineux et sensitifs, les organes des sens, etc. ; nous n'avons pas à insister sur tous ces points : qu'il nous suffise de savoir que la céphalée est un des symptômes cardinaux de la neurasthénie, qu'elle peut apparaître seule ou jointe à d'autres signes très variables, mais dont la seule présence ou la réunion à d'autres permet d'affirmer la neurasthénie : voilà sa véritable place.

Ai-je besoin d'insister sur la nature même de la neurasthénie ? « Le terme de neurasthénie, dit Déjerine (1), implique par son étymologie même, la perte de la force nerveuse, l'épuisement nerveux, en donnant à ce terme « épuisement nerveux » son sens le plus général, et en spécifiant que cet épuisement est par lui-même durable, plus ou moins permanent. On ne qualifiera pas, en effet, de neurasthénie l'épuisement produit chez une personne bien portante et robuste, après une fatigue prolongée et pouvant être réparée par une ou plusieurs journées de repos. La neurasthénie consiste dans l'épuisement de la force nerveuse considérée d'une façon générale, soit dans la sphère intellectuelle, soit dans la sphère physique, soit dans les deux ensemble. Nous tenions, en commençant, à dire ce qu'est la neurasthénie ; insister davantage sur ce point serait faire un hors-d'œuvre et perdre un temps pré-

(1) Déjerine, *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 167.

ci eux que nous consacrerons plus utilement à l'étude du symptôme céphalée.

Il ne sera cependant pas déplacé, croyons-nous, de donner une idée générale des différentes formes cliniques observées et décrites par les auteurs, d'autant plus que la céphalée se rattache souvent, aussi bien par son étude symptomatologique que clinique, à d'autres manifestations de l'épuisement nerveux.

Outre les diverses dénominations d'*irritation spinale* (F. Franck), de *névrospasme* (Brachet), d'*état nerveux* (Sandras et Bourguignon), de *névralgie protéiforme* (Cérèse), de *névralgie générale* (Valleix), de *nervosisme* (Bouchut), données à l'entité morbide désignée aujourd'hui sous le nom de neurasthénie (Beard), on en a décrit des formes diverses sous le nom de névropathie *cérébro-cardiaque* (Krishaber), d'*irritation spinale* (Armain-gaud), etc.

Sans aucun doute, ces formes existent, mais, en pratique, il est bien rare de les rencontrer à l'état de type isolé, distinct. Ce ne sont, en somme, que des variétés d'un même état morbide dont les symptômes peuvent se combiner de mille manières différentes, et aujourd'hui, en clinique, on a coutume de dénommer toutes ces formes diverses du nom de neurasthénie, que ce soient les symptômes cérébraux ou spinaux, l'état d'irritation ou de dépression qui prédominent. Cet état protéiforme, comme l'hystérie, est donc assez difficile à décrire ; sans avoir la prétention de le faire d'une façon complète, nous essaierons cependant de donner un aperçu succinct de sa symptomatologie.

Ce qui domine incontestablement ici, dit Lafosse, c'est l'état d'excitation du système nerveux sensitif, s'alliant avec un défaut de résistance : il s'épuise aussi facilement qu'il s'excite.

La céphalalgie est très fréquente, siège le plus souvent sur le vertex ou à l'occiput et donne au malade la sensation d'un demi-casque trop étroit pour sa tête ; la rachialgie est aussi très commune, ainsi que les douleurs névralgiques sur le trajet de différents nerfs : trijumeaux, nerfs intercostaux ou sciatiques, donnant lieu parfois à des douleurs fulgurantes. En même temps, la sensibilité générale est altérée dans ses différents modes ; elle est pervertie, exaltée ou diminuée. Du côté des sens spéciaux, on a noté des bourdonnements d'oreilles ou un certain degré d'affaiblissement de l'ouïe, des battements dans les tempes, des troubles de la vue (éblouissements, brouillards, impossibilité de fixer les objets), des vertiges très fréquents donnant la sensation d'un soulèvement ou d'une oscillation du sol et augmentant souvent par le fait de l'altération de la sensibilité.

Les réflexes cutanés varient avec l'état de la sensibilité ; les réflexes tendineux sont fréquemment exagérés, le réflexe pupillaire coïncide parfois avec une dilatation inégale des pupilles. La motilité n'est pas moins atteinte ; si, dans certains cas, le malade ne peut rester en place et présente des secousses dans les membres, des tremblements, le plus souvent, au contraire, il est apathique, les jambes lui semblent lourdes comme s'il était parésié ; il est anéanti après le moindre effort, fatigué par une courte marche ; ses jambes sont molles et rentrent sous lui ; tout mouve-

ment lui est douloureux et, parfois, il évite de se remuer en entendant les espèces de craquements qui accompagnent chacun de ses mouvements. C'est le matin, surtout au réveil, que cet anéantissement est accentué. En effet, la somnolence est très fréquente en cet état, et ces malades dorment parfois même le jour ; d'autres fois, au contraire, le sommeil est irrégulier, entrecoupé de rêves. L'intelligence subit aussi le contre-coup de tous ces désordres ; à côté de l'excitation cérébrale, assez rare, la paresse intellectuelle domine, la mémoire surtout devient infidèle : il y a des absences. Cet état qui s'exaspère par le moindre travail, produit très souvent des tendances hypochondriaques et ces malades, qui n'ont même plus le courage de se soigner, en arrivent quelquefois à l'idée de suicide. Je signalerai enfin l'émotivité toute particulière, véritablement pathologique, qui se traduit chez eux par des accès de larmes, de joie, des troubles vaso-moteurs de la face, etc..., etc.

Le système circulatoire, en effet, n'est pas épargné ; et, outre le trouble vaso-moteur, on constate des palpitations, des étouffements, des syncopes, de véritables crises d'angine de poitrine et divers troubles de nature anémique (souffle, décoloration des conjonctives). Les fonctions digestives sont généralement languissantes, la langue blanche, amère, pâteuse, surtout le matin, l'appétit diminue, les crises de gastralgie sont fréquentes, les digestions pénibles, l'estomac souffre après des repas souvent suivis d'une somnolence invincible. Parfois, après un repas copieux au contraire, le malade éprouve un soulagement réel. Signalons enfin la constipation, qui est presque un

fait ordinaire. Les troubles des fonctions génitales ne sont pas ceux qui inquiètent le moins les malades : la puissance génésique est diminuée, l'éjaculation rapide, le répétition du coït impossible et toujours suivie d'un état d'anéantissement complet, d'un sommeil invincible. Notons enfin la présence de la spermatorrhée.

En résumé, toute la symptomatologie de la neurasthénie peut se résumer dans ces deux mots : faiblesse, excitabilité. Les phénomènes d'excitation ou de dépression peuvent se présenter isolément, constituent alors l'irritation cérébro-spinale, la neurasthénie proprement dite ou être concomitante, c'est le cas ordinaire, ou enfin alterner en donnant à la maladie une sorte d'allure circulaire (Déjerine) (1).

(1) Déjerine. Thèse d'agrégation, p. 164 à 166.

CHAPITRE III

Etiologie

Les conditions étiologiques de la céphalée sont celles de la neurasthénie en général.

Mais parmi les neurasthéniques n'en existe-t-il point qui soient plus particulièrement soumis à ce symptôme céphalique ? Il semble, d'après Lafosse, que dans les formes cérébrale pure et cérébro-gastrique, la céphalée est plus nettement accusée que dans toutes les autres formes. L'influence des fatigues cérébrales (excès de travail intellectuel, chagrins, préoccupations morales), se comprend aisément ; celles des troubles digestifs et la relation qui existe entre eux et des sensations douloureuses du côté de la tête ont été signalées, bien avant même que la neurasthénie ne fût créée, par la majorité des auteurs qui se sont occupés des maladies de l'estomac et des manifestations dyspeptiques.

Dans la forme cérébro-cardiaque, il semblerait que l'on eût moins souvent rencontré la céphalée neurasthénique. Ainsi, Krishaber, dans ses monographies, se borne à mentionner les sensations de vague, de vide, de plénitude cérébrale, sans indiquer l'existence d'autres signes de céphalalgie.

Lorsque les symptômes spinaux prédominent, les douleurs de tête, sans être rares, puisqu'elles sont signalées dans les auteurs qui ont traité de l'irritation et de la neurasthénie spéciale (Erb (1), Grasset (2), sont cependant moins fréquentes que dans les autres formes et peuvent même manquer tout à fait.

C'est ici le lieu, croyons-nous, deciter ces causes générales de neurasthénie, mais qui sur des individus prédisposés provoquent plus aisément l'éclosion des symptômes cérébraux de cette névrose et en particulier, la céphalée.

La neurasthénie étant par définition, dit Rauzier, l'indice d'un épuisement nerveux, toutes les causes susceptibles de déprimer le système nerveux pourront se retrouver à son origine. La condition essentielle de son développement, c'est le *surmenage*, envisagé sous ses divers aspects et ses formes variées.

La *cause élémentaire*, pour ainsi dire, de la neurasthénie, affirme Mathieu (3), c'est le *surmenage du système nerveux*, le surmenage avec ses deux éléments fondamentaux, l'excès de travail ou d'excitation, l'insuffisance du repos et de la réparation.

Toutes les causes de la neurasthénie, déclare le Prof. Grasset, peuvent être ramenées au surmenage sous toutes les formes : c'est là qu'est la clef de la question. Ainsi, par exemple, le *surmenage scolaire*. Voilà une grosse question, encore très controversée. Les uns veulent le voir partout, les autres le nient : égale exagération des

(1) Erb, *Ziemssens Handbuch*, 2^e éd., t. XII, I, p. 389.

(2) Grasset, *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 3^e édition, Montpellier, 1886, p. 769 et suiv.

(3) Mathieu, *Neurasthénie*, 1893.

deux côtés. Le surmenage scolaire existe : c'est une cause fréquente de neurasthénie, mais d'une forme de neurasthénie spéciale, particulièrement étudiée par Charcot et Keller sous le nom de *céphalée des adolescents*.

Comment se développe ce surmenage scolaire ? Ce n'est pas par le nombre d'heures des classes ou des études. Certains élèves travaillent le même temps et même plus longtemps que leurs camarades sans en souffrir. Il se développe chez ceux pour qui le but, l'avenir est une préoccupation dominante, qui songent sans relâche à la première place à atteindre, au camarade à enfoncer, à l'examen à passer, à l'école spéciale où il faut entrer avant la limite d'âge commune. Les élèves qui sont obsédés par ces questions, qui en rêvent, sont ceux qui deviennent neurasthéniques, surtout si à cette obsession s'ajoute un travail peu facile, et si un effort constant leur est nécessaire pour arriver au but que d'autres, mieux doués, atteignent facilement.

Que de neurasthénies développées chez les jeunes filles qui recherchent leur brevet avec une ténacité infatigable, soit par l'échec aux examens, soit par les désillusions pratiques qui suivent trop souvent le succès !

C'est assurément à une des causes de ce genre que se rattachent les observations suivantes que nous avons rencontrées dans notre clientèle :

Observation I (personnelle)

B..., 16 ans ; mère nerveuse, travaille dans un collège et a obtenu jusqu'alors tous les prix. Depuis six mois, à la suite de surme-

nage intellectuel, a été pris d'une douleur en forme d'un cercle de fer qui lui enserre le crâne, du front à l'occiput. Il est incapable de suivre la classe et encore bien moins de faire le moindre devoir ; la plus petite lecture redouble les souffrances et provoque du vertige. Le malade est presque complètement privé de sommeil. Diminution de la mémoire, manque absolu d'énergie. Idées tristes. Troubles dyspeptiques ; palpitations.

Ce malade a été placé dans un établissement hydrothérapique ; une amélioration rapide n'a pas tardé à se produire sous l'influence du changement de milieu et d'un repos intellectuel absolu.

Observation II (*personnelle*)

Mademoiselle R. . . , 27 ans, institutrice, a travaillé jusque dans ces dernières années pour obtenir ses brevets. Très nerveuse et impressionnable. Souffre depuis 18 mois d'une céphalée à localisation surtout occipitale. Insomnie, affaiblissement de la mémoire. Le moindre travail intellectuel provoque de la fatigue et augmente la céphalée. La malade ne peut plus se livrer à aucun travail intellectuel. Elle est incapable de lire un article de journal ; il lui serait impossible d'écrire une longue lettre. Vertiges. Troubles gastriques ; inappétence.

Diminution notable du réflexe patellaire.

Il en est de même pour le surmenage professionnel. J'ai vu beaucoup de systèmes nerveux, continue Grasset, prématurément usés, chez les officiers du génie sortis des rangs, s'efforçant de faire, mieux que tous, un travail dont venaient à bout leurs camarades sortis de l'Ecole poly-

technique. Là encore c'est la difficulté et non la quantité du travail qu'il faut incriminer.

Dans notre profession si entraînante, dans laquelle dit-on, on meurt de faim ou de fatigue (quand on ne meurt pas des deux), les uns se surmènent parce qu'ils prennent tout fièvreusement, presque avec rage, rêvant de leurs malades, parlant de leurs opérations, même à table, discutant les questions médicales, tandis que d'autres, prenant les choses de plus haut, plus tranquillement, plus philosophiquement, ne se surmènent pas, bien qu'ils produisent plus de travail que les premiers.

Voilà encore le *surmenage politique* qui est si fréquent aujourd'hui et qui gagne même nos paisibles campagnes au moment des élections ; il dépend absolument de la manière dont on prend les choses. Vous connaissez l'homme politique froid, tranquille et vraiment pratique, qui aime mieux manger les marrons que les tirer du feu. Il distribue ou s'adjuge les places, s'engraisse et ne se surmène pas. Et à côté, vous avez, au contraire, l'utopiste ardent, qui se dépense nuit et jour, reçoit horions de tous côtés, est rarement élu et use son système nerveux jusqu'à la corde.

J'insiste sur tout cela parce que ce n'est pas assez dit. Bien des tirades récentes sur le surmenage et la neurasthénie pourraient faire croire que cette affection est « la maladie du travail, » d'où il découlerait naturellement que le moyen d'éviter la névrose serait de ne rien faire. Je veux rassurer ici ceux d'entre vous dont cette opinion pourrait ralentir l'ardeur ; qu'ils se tranquillisent : ce

n'est pas la quantité du travail qui surmène, c'est la manière de le comprendre et de l'exécuter.

Donc le vrai problème à résoudre pour l'éducation pédagogique de l'enfant n'est pas de le faire travailler et de lui accumuler une foule de choses dans la tête, mais bien de lui apprendre à travailler. L'avenir est à ceux qui savent travailler (Grasset).

Le travail intellectuel n'est donc pas à lui seul un facteur suffisant de neurasthénie; il faut, pour la produire, qu'au labeur opiniâtre viennent se joindre des préoccupations d'ordres divers : soucis de la vie matérielle, crainte de ne point arriver au but, sentiment exagéré de la responsabilité, mise en jeu d'un amour propre excessif et insuffisamment satisfait, chagrins et déceptions venant compliquer et assombrir la tâche de chaque jour. D'où la fréquence de la neurasthénie chez les spéculateurs, les politiciens, les artistes, les savants, les médecins et aussi dans certaines professions (service des postes) où la durée et la continuité du travail ne sont point compensées par une rémunération proportionnelle (Rauzier).

Si le travail poursuivi avec sérénité et accompagné de succès ne peut être considéré comme un générateur de neurasthénie, en revanche le *surmenage moral*, les préoccupations à elles seules, suffisent à engendrer la névrose. Les émotions dépressives, les passions affectives surtout, quand elles sont frappées d'insuccès ou stérilisées par le deuil, les revers de fortune, les déceptions de tout genre, peuvent servir isolément de causes déterminantes. La peur agit puissamment pour déprimer le système nerveux et fréquemment, on assiste en temps d'épidémie, à une véri-

table éclosion de névroses, qui viennent encombrer le champ ou les abords d'un foyer de contagé.

Le *surmenage mondain* avec la multiplicité des « distractions » qu'il impose à ses initiés, avec l'inversion de la vie et des habitudes normales qu'il exige, avec ses rivalités, ses triomphes et revers d'amour propre, dont aucun reflet ne doit percer au travers d'un masque toujours et uniformément souriant, prépare, suscite et entretient la neurasthénie.

Levillain attribue encore une influence énervante et dépressive à la pratique immodérée de la musique, de la littérature et du théâtre. Certainement, il est fâcheux et souvent préjudiciable de manquer de pondération en quoi que ce soit ; mais ce serait, nous semble-t-il, étendre par trop le domaine de la neurasthénie que d'y comprendre la stimulation nerveuse produite par la satisfaction d'appétitudes artistiques ou littéraires (Rauzier).

Nous avons assez insisté sur les principales causes de la neurasthénie en général et de la céphalée en particulier ; nous nous contenterons de rappeler seulement les causes secondaires, telles que : le *surmenage génital* (coït, onanisme), qui a été souvent incriminé ; le *surmenage musculaire*, plus incontesté ; *certaines intoxications* (tabac, thé, café), ont été invoquées ; *diverses maladies générales* (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie) méritent une place dans cette étiologie ; enfin, *certaines maladies locales*, des lésions limitées à un seul organe ou appareil, peuvent, à la longue, par leur seule persistance et grâce à la préoccupation constante dont elles sont l'objet, engendrer la neurasthénie (estomac, foie, organes génito-urinaires, etc.)

Ajoutons encore, pour terminer ce qui a trait à l'étiologie, qu'une fois la neurasthénie constituée, une des causes qui contribuent le plus puissamment à l'entretenir dans bien des cas, est *l'influence du milieu*, du milieu familial en particulier. « Le milieu familial, écrit Mathieu, est une serre chaude pour la neurasthénie comme pour l'hystérie... Ils (ces états) sont entretenus par la commisération attendrie et prévenante d'un entourage alarmé. Le malade et plus souvent encore la malade, devient à demi-inconsciemment, un véritable tyran pour ceux qui l'entourent. Tout doit se subordonner dans la maison (et se subordonne souvent) à leur maladie. Il y a là une association pernicieuse que le médecin doit rompre pour obtenir la guérison. C'est ce qu'a bien compris Weir Mitchell, lorsqu'il a proposé la séquestration médicale et le traitement méthodique de relèvement. »

Il n'est pas rare d'ailleurs que le contact prolongé d'un neurasthénique ne déteigne à son tour sur un sujet prédisposé de son entourage. De ce contag, malheureusement trop fréquent entre deux sujets destinés, par devoir ou par vocation, à passer ensemble leur vie entière, résultera une forme particulière de neurasthénie, la plus terrible et la plus rebelle à notre avis, la *neurasthénie à deux* (Rauzier).

CHAPITRE IV

Symptômes

Passons maintenant à la description des caractères du type que nous voulons étudier.

D'après Müller, la céphalée est un symptôme tellement constant de la neurasthénie, que Runge, autrefois, a pu décrire tout le complexe symptomatique dans cette névrose, sous le nom de pression céphalique.

Elle se traduit bientôt sous forme d'une douleur intense ; plus souvent, c'est une sensation désagréable ; les malades se plaignent d'avoir la tête prise, de la fatigue cérébrale, une tension péri crânienne, comme s'il y avait un cercle autour de la tête.

La céphalée neurasthénique est généralement diurne, elle cesse dans tous les cas au moment où le malade se couche et le sommeil n'est ni troublé, ni interrompu par les douleurs de tête. Lafosse dit n'avoir vu qu'un malade se plaindre de souffrir d'une céphalée survenant au moment de s'endormir, tandis que plusieurs neurasthéniques présentant de l'insomnie disent que, bien qu'ils ne puissent dormir, la céphalée disparaît après leur coucher.

La céphalée ayant débuté au réveil, persiste toute la

journée, pour être momentanément calmée après les repas ; quelquefois, au contraire, elle apparaît aussitôt après l'alimentation.

L'intensité de la douleur céphalique est ordinairement assez peu considérable ; il y a plutôt une sensation pénible, une gêne qu'une douleur, au sens propre du mot. C'est une sensation de striction, de serrement et de pression, de pesanteur, et ce caractère est non seulement des plus constants, mais encore des plus nets ; les malades ont la sensation d'une calotte de plomb, d'un casque lourd et étroit (Galeatus de Charcot). Souvent, ils se plaignent d'entendre des sifflements, des vibrations, des bruits de toute sorte (Müller).

Comme localisation, le type complet serait précisément ce que le professeur Charcot appelait le casque neurasthénique, c'est-à-dire une sensation de serrement et de pression comparable à celle que ferait éprouver un casque pesant et étroit ; dans ce cas, la douleur est localisée à une zone circulaire, partant de la nuque pour comprendre les tempes et le front ; le maximum de la souffrance est alors à l'occiput ; le front, au contraire, est le point le moins douloureux de la zone ; d'autres fois, c'est au-dessus des yeux qu'est le siège de la douleur (Müller).

Les malades emploient souvent des comparaisons pittoresques pour définir ce qu'ils ressentent. Nous avons déjà mentionné la comparaison fréquente avec un casque, une coiffure étroite et pesante, serrant surtout en arrière ; plusieurs se plaignent de porter une calotte de plomb, d'autres se disent serrés dans un étau circulaire, étreints par un cercle de fer.

Un de nos malades, dit Lafosse, au moment où la céphalée commençait, sentant « son chapeau devenir petit à petit trop étroit pour sa tête, a souffert assez longtemps de céphalée neurasthénique, comparait la sensation qu'il éprouvait à celle que produirait un bandeau de métal ceignant la tête et que l'on serrerait plus ou moins au moyen d'une vis à pression placée à la partie postérieure (occiput). »

Dans une autre observation de Lafosse, une neurasthénique disait qu'elle avait autour de la tête une bague énorme, dont le chaton serait à la région occipitale ; ce chaton, très lourd, entraînait la tête en arrière. — La céphalée, telle que nous venons de la décrire, est tantôt persistante, tantôt intermittente ; après chaque secousse psychique, il survient un redoublement de souffrance et les malades alors se sentent mal à l'aise, ou même incapables de se livrer à aucune tension cérébrale, tout travail provoquant régulièrement un redoublement de souffrance (Müller).

Mais la localisation n'est pas toujours aussi étendue ; la zone que nous venons de décrire et qui ferait le tour de la tête, peut ne pas être douloureuse dans tout son pourtour ; on est donc conduit, cliniquement, à faire des types dérivant du type complet (Lafosse).

Le premier de ces types dérivés s'obtient lorsque la douleur disparaît dans le point qui, dans le type complet, est le siège de la souffrance la moins accusée, c'est-à-dire dans la région frontale.

On a alors une douleur occipitale avec irradiations temporales et l'on pourra dénommer cette forme « type

occipito-temporal ». Ce type occipito-temporal serait peut-être le plus fréquent en clinique et c'est à lui que se rapporterait l'expression de Déjerine, lorsqu'il dit que les malades ont « la sensation d'un demi-casque trop étroit pour la tête ». La sensation de demi-casque postérieur répond bien au type occipito-temporal. Ce type peut s'amoindrir encore et la céphalée est alors réduite à une douleur localisée à la région cérébelleuse, à une simple plaque occipitale. La sensation subjective correspondante est celle d'un crampon placé à la partie postérieure de la tête et étreignant la région occipitale (Weill). Dans toutes ces formes où le maximum de la sensation douloureuse est à l'occiput, les malades se plaignent parfois de sentir à cet endroit comme un poids qui attirerait la tête en arrière et par suite de cette sensation subjective, quelques-uns prennent une attitude spéciale, renversent la tête de façon à l'asseoir pour ainsi dire sur la nuque ; ils cherchent aussi à l'appuyer sur les dossiers des sièges sur lesquels ils sont placés.

Un autre type dérivé, assez fréquent d'ailleurs, est le type fronto-temporal, qui s'obtient par suite de l'amoindrissement ou de la disparition de la douleur occipitale. On peut le considérer comme moins pur (Lafosse), moins légitime que le précédent, puisqu'il y a pour ainsi dire interversion des sièges du maximum et du minimum de la douleur du type complet. Il est rare que ce type se réduise à une simple plaque frontale.

Enfin, il y a parfois des cas où la localisation est changée, lorsqu'il y a, par exemple, une plaque occipitale ; mais toujours la souffrance a les caractères que nous lui

avons assignés, c'est toujours une sensation de serrement et de pression, sensation pénible plutôt que douleur vraie. Il est très rare qu'il y ait la souffrance connue sous le nom de clavus ou plutôt ovum (Lafosse).

Les paroxysmes douloureux s'accompagnent parfois de sensations vertigineuses avec ou sans bourdonnements dans les oreilles. Ils peuvent être également associés à des troubles de la vue, telle que pesanteur insolite des paupières supérieures, hyperesthésie rétinienne, mouches volantes, sans que l'examen ophtalmoscopique révèle aucune lésion des milieux transparents de l'œil (Bouveret).

La migraine ouvre fréquemment, surtout dans les formes héréditaires de la neurasthésie, la série des troubles nerveux. Elle peut ne pas disparaître et alterner ou coïncider avec la céphalée neurasthénique. Les malades font très bien la distinction entre les deux espèces de douleur céphalique.

Beard signale encore l'hyperesthésie du cuir chevelu associée à la céphalée neurasthénique, et quelquefois poussée à tel point, que le patient ne peut supporter l'attouchement des cheveux (Bouveret).

Signalons encore que chez certains neurasthéniques, la céphalée est hémilatérale. C'est une sensation de crampon siégeant sur une des parties latérales du crâne. Dans ce cas, il est à remarquer que les troubles moteurs et sensitifs du reste du corps se trouvent très généralement du même côté que la douleur céphalique et de ce côté seulement (Charcot).

La céphalée neurasthénique s'accompagne à peu près de phénomènes que l'on pourrait appeler, avec Lafosse,

« phénomènes d'accompagnement » qui manquent rarement les uns ou les autres et parmi lesquels les vertiges tiennent la place la plus importante. Ces vertiges se rencontrent surtout dans la forme céphalique de la neurasthénie, dit Weil (1), qui dans sa thèse d'agrégation a consacré quelques lignes à leur description, ils rappellent absolument le vertige de Ménière. Ils sont souvent influencés par la digestion ; ils se produisent parfois à jeun et sont soulagés par l'ingestion des aliments. Souvent aussi la digestion s'accompagne au bout d'une heure ou deux de gonflement épigastrique, de torpeur cérébrale et le vertige peut se montrer à nouveau. Charcot croyait que le vertige neurasthénique embrasse encore des cas décrits sous le nom de vertige gastrique. Signalons, outre les vertiges, comme phénomènes d'accompagnement, les sensations de vide, de vague, de lourdeur de tête, accusées par les malades et qui chez un certain nombre de neurasthéniques constituent à elles seules le mal de tête ; les sensations de fourmillements, de frémissements plus ou moins irradiés ; la sensibilité exagérée du cuir chevelu ; l'asthénopie, le scotome scintillant ; une douleur gravative retro-orbitaire ; la raideur, la fatigue musculaire de la nuque et surtout l'embarras du fonctionnement intellectuel ; la confusion, la torpeur cérébrale, l'amnésie apparente, le vide de l'esprit, etc.

La céphalée neurasthénique s'établit d'ordinaire assez vite. Après quelques jours de douleurs de tête, plus ou moins bien définies, les caractères que nous avons

(1) Weil, *Des Vertiges*. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

donnés apparaissent rapidement et l'affection est constituée avec tout son ensemble symptomatique. Il est relativement rare que la forme de la céphalée varie beaucoup ; la constance de ses caractères est généralement assez grande, contrairement à ce que l'on dit de la mobilité des manifestations neurasthéniques.

La céphalée peut être le phénomène initial de la neurasthénie, elle peut en être ou en rester longtemps le seul symptôme. De même, elle peut persister après la disparition de tous les autres signes (1). Elle a une durée souvent assez longue.

Elle se termine, soit brusquement, soit graduellement ; mais, même dans ce dernier cas, la disparition se fait avec une certaine rapidité (Lafosse).

Les récidives sont peu fréquentes. Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare que l'attention des malades soit attirée sur leur état par l'éclosion de la céphalée, et dans la série des symptômes, celui-ci ne tarde pas à prendre une place prépondérante (Muller).

La céphalée des neurasthéniques, d'après Erb (2) se traduit sous forme de douleur de tête profonde, comprimente, amoindrissant notablement les facultés intellectuelles, provoquant souvent de la migraine ; on la rencontre chez des gens affaiblis par des excès physiques ou moraux, des veilles, une activité dévorante, des chagrins, de grands succès, des excès sexuels, etc., etc. Chez ceux,

(1) Warton Sinkler, *Art. Headache in System of pratical medicine by Amerycan Authors* (Pepper), t. V.

(2) Cité par Müller, p. 297.

en un mot, dont le système nerveux porte les traces d'un profond anéantissement. C'est là une forme assez fréquente et très pénible.

Les fonctions cérébrales sont souvent singulièrement amoindries chez les neurasthéniques qui souffrent de céphalée ; la lecture et l'écriture deviennent souvent très difficiles ; le calcul qui est une opération bien moins automatique, devient chez beaucoup absolument impossible ; on entend alors ces malheureux se plaindre d'avoir la tête comme garnie de clous et qu'il leur semble qu'aucune idée ne peut ni entrer ni sortir de leur cerveau (Müller).

Il est une catégorie de névropathes sur lesquels nous voudrions un instant attirer l'attention et chez lesquels la céphalée est certainement fréquente : ce sont les *névropathes voyageurs* étudiés par Charcot et Meige (1).

De toutes les légendes populaires, dit Meige, celle du Juif-Errant est sans contredit une des plus universellement répandue. La mystérieuse figure du *Marcheur éternel* a toujours séduit le peuple ; d'ailleurs, les romanciers, les poètes, les érudits, les peintres ont étudié, commenté, reproduit sous mille formes ses traits immuables et saisissants. Qui ne connaît la complainte fameuse réimprimée chaque année au bas d'une image d'Epinal, d'un sou ?

Ce Juif célèbre, ce voyageur barbu que rien ne pouvait retenir dans ses pérégrinations interminables, les

(1) Meige, *Etude sur certains névropathes voyageurs. Le Juif-Errant à la Salpêtrière*, thèse de Paris 1893.

médecins n'y prenaient point garde. Quel intérêt pouvait-il avoir pour eux ? Or, dans une leçon du mardi à la Salpêtrière, M. le professeur Charcot (1) rapportait l'histoire d'un nommé Klein, isarélite hongrois « Je vous le présente, dit-il, comme un véritable descendant d'Ahas-verus ou Cartophilus, comme vous voudrez dire. Le fait est qu'à l'exemple des névropathes voyageurs dont j'ai parlé, il est mû constamment par un besoin irrésistible de se déplacer, de voyager, sans pouvoir se fixer nulle part. C'est ainsi que depuis trois ans, il ne cesse de parcourir l'Europe, à la recherche de la fortune qu'il n'a pas encore rencontrée. »

Ce cas n'était pas isolé et Meige a été amené à retrouver plusieurs exemples analogues parmi les Israélites cosmopolites qui viennent faire halte à la Salpêtrière.

C'est toujours la même histoire ; c'est à peu près toujours la même figure. Chaque année, on voit se présenter à la Clinique de pauvres diables misérablement vêtus ; leur face amaigrie, aux rides profondes et tristes, disparaît sous une barbe immense et jamais peignée. D'un ton lamentable, ils content une histoire pleine de douloureuses péripéties, et si on ne les interrompait, il semble que jamais on n'en verrait la fin.

Nés bien loin, du côté de la Pologne ou dans le fond de l'Allemagne, dès leur enfance, la misère et la maladie les ont accompagnés partout. Ils ont fui le pays natal pour échapper à l'une et à l'autre ; mais nulle part, ils n'ont

(1) Charcot, Leç. du mardi 19 fév. 1889, p. 347 et suiv.

encore rencontré le travail qui leur convient ni le remède qu'ils cherchent.....

Presque tous ces Israélites sont des neurasthéniques renforcés, dressant la liste de leurs souffrances et s'attardant à la lecture des sensations obsédantes qu'ils ont méticuleusement analysées et mises en note : maux de tête tenaces, digestions pénibles, insomnies persistantes, douleurs erratiques dans le dos et les membres, etc.

Plusieurs, franchement hystériques, ont des attaques classiques suivies parfois d'hémiplégie et d'hémianesthésie, qu'une émotion, un traumatisme, font apparaître ou disparaître.

Mais tous présentent en outre un état mental spécial : ils sont obsédés constamment par le besoin de voyager, d'aller de ville en ville, de clinique en clinique, à la recherche d'un traitement nouveau, d'un remède introuvable. Ils essayent toutes les indications qu'on leur propose, avides de nouveautés ; mais, bientôt, ils les repoussent, inventant un prétexte futile pour ne plus continuer et, l'impulsion reparaissant, ils s'enfuient un beau jour, entraînés par un nouveau mirage de lointaine guérison.

N'oublions pas qu'ils sont Juifs et qu'il est dans le caractère de leur race de se déplacer avec une facilité extrême. Meige a comparé l'histoire de ces malades avec celle du personnage légendaire qui semble le synthétiser : le Juif-Errant ; il a été amené à penser que ce dernier pourrait bien n'être qu'une sorte de prototype des Israélites névropathes pérégrinant de par le monde.

On va pouvoir retrouver d'ailleurs dans les observa-

tions ci-dessous, la plupart des symptômes que nous venons d'énoncer.

Observation III (personnelle)

N..., négociant, 42 ans. Mère nerveuse, fièvre typhoïde légère à 12 ans.

Surmenage depuis de longues années ; tracas d'affaires. Se plaint depuis plus de dix ans d'une *céphalée qui occupe surtout la région fronto-temporale*. Cette douleur, caractérisée par une *sensation de vibration du cuir chevelu*, se produit surtout au réveil et persiste pendant tout le jour ; elle est surtout provoquée par l'*action du froid et spécialement du vent*. Bien que le malade ait une épaisse chevelure, il ne peut, depuis plus de dix ans, rester la tête découverte. Le moindre courant d'air provoque une sensation de vibration très douloureuse.

N... éprouve en outre de la *rachialgie* et des *troubles intestinaux* caractérisés surtout par de la *constipation*.

Un repos absolu de plusieurs semaines et un traitement hydrothérapique, ont très favorablement modifié son état.

Observation IV

(recueillie dans le service de M. le Professeur SPILLMANN)

D..., cordonnier, 40 ans. Entré au service le 13 avril 1888. Père mort d'une rétention d'urine. Mère nerveuse. Sœur morte à l'asile de Maréville. Aucune maladie antérieure.

ETAT ACTUEL. — Depuis 5 à 6 mois, entend continuellement dans

la tête un *bruit de bourdonnements*. *Céphalée frontale*. Idées tristes et en particulier de suicide. *Sensation d'annihilation* analogue à celle que l'on a au sortir d'une ribotte. Depuis 3 mois, travaille avec dégoût, dort peu. Inappétence, constipation, sensibilité et motilité intactes.

Observation V

(prise dans le service de M. le Professeur SPILLMANN)

P., facteur enregistreur, 30 ans, entré au service le 14 avril 1893, a eu le bras amputé à la suite d'un accident de voiture, au niveau du 1/3 supérieur de l'avant-bras gauche.

Est malade depuis 4 ans. Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis. Influenza en 1889: a duré 8 jours (épistaxis, fièvre, courbature, maux de tête). La maladie a commencé il y a 4 ans par de la fatigue et de la faiblesse dans la main, lâchant sa plume, ne pouvant plus écrire (crampe professionnelle).

Il y a quatre ans aussi, douleurs lancinantes dans un genou (comme si on lui enfonçait lentement des aiguilles.) *Maux de tête. Céphalée durant une journée*. Pas de troubles intellectuels. Au niveau de la 8^e dorsale, un point douloureux. Léger *dermographisme*. Pupille dilatée.

Observation VI

Recueillie dans le service de M. le professeur SPILLMANN

D..., mineur, 22 ans, entré au service le 27 septembre 1892. Père mort de pneumonie. Mère très nerveuse; a des crises de nerfs; frères et sœurs bien portants. — Depuis un an, le malade se plaint de

douleurs caractérisées par de la *céphalalgie frontale* et des tiraillements dans les muscles du cou. Le malade a en même temps des fourmillements dans les membres et des douleurs dans la région précordiale. — A la suite de ces crises, se trouve pris d'une fatigue générale. Les crises se reproduisent tous les jours pendant une dizaine de jours, puis se passent pour revenir ensuite. — Ces crises se reproduisent surtout lorsque le malade est émotionné. Ballonnement du ventre après les repas. — Constipation habituelle. — Anorexie. — Nausées. — Vomituritions. — Rien du côté du cœur ni des poumons.

ETAT ACTUEL : *Céphalalgie frontale, continue, gravative.* — *Mouches devant les yeux.* — *Bourdonnements d'oreilles.* — *Sensation de boule.* — *Insomnie.* — *Agitation.* — *Vertiges.* — *Horripilation.* — *Léger rétrécissement du champ visuel.* — *Fatigue psychique rapide.* — *Inattention.* — Sensibilité générale diminuée. — Réflexes abolis. — Tristesse habituelle. — Recherche l'isolement. — Pas de syphilis. — Pas d'onanisme.

Observation VII

Prise dans le service de M. le professeur SPILLMANN.

A..., menuisier, 26 ans, entré au service le 13 mai 1891. Mère nerveuse. Le malade est marié; femme bien portante; *a perdu un enfant* il y a quelques mois; *a eu beaucoup de chagrin.* Souffrirait beaucoup *depuis cette mort.* A toujours été triste et mélancolique *à partir de ce moment.* — Douleurs d'estomac au moment des crises. — Peu d'appétit. — Constipation. — *Céphalée surtout occipitale depuis plusieurs mois.*

ETAT ACTUEL : Constitution assez forte. — Thorax très large,

aplati transversalement, présentant à l'appendice xyphoïde une dépression considérable (rachitisme). — Haleine fétide. — Langue étalée, épaisse. — *Clapotement stomacal* remarqué par le malade lui-même. — Pas de vomissements. — Quand le malade a mangé *poids sur l'estomac* avec douleur violente durant une dizaine de minutes. — *Constipation*. — *Insomnie*. — *Cauchemars*. — Légère *amnésie*. — *N'aime pas sortir, et se distraire. S'émue facilement*. — Ayant été voir la fête du sergent Blandan, crut se trouver faible en voyant la reproduction d'une bataille, fut pris de vertiges, ne voyant plus personne dans la cour de la caserne. — *Vertiges fréquents* le matin, au réveil. — Est obligé de se tenir après les murs pour marcher, *dans la crainte de tomber*. — Exagération des réflexes patellaires. — Tremblement épileptoïde du pied. — Sensibilité au tact et à la piqure diminuée. — Rien du côté du cœur et des poumons. — Pollakiurie ; pas de polyurie ; pas d'albumine ; pas de sucre.

20 mai. — Malade très déprimé ; vit seul ; cause peu ; a des idées tristes ; *est ennuyé d'être malade*. — *Maux de tête fréquents*. — *Céphalée occipitale*. — *Insomnie*. — *Cauchemars*. — *Agoraphobie*.

CHAPITRE V

Diagnostic

Par cela même que la céphalée peut être le premier et parfois le seul symptôme de la neurasthénie, il est de la plus grande importance d'en pouvoir établir le diagnostic.

La céphalée neurasthénique ne saurait être confondue avec une *névralgie* que caractérise toujours la localisation de la douleur à un trajet nerveux et sa grande intensité, en plus des caractères spéciaux de la douleur ; ni avec une *migraine*, car il n'y a que rarement unilatéralité de la douleur, d'ordinaire pas de vomissements ; de plus, la durée de l'affection suffit à éviter l'erreur.

L'*apyrexie* la distingue de toutes les céphalalgies des *affections fébriles*, qui d'ailleurs généralement présentent un cortège de symptômes d'ordre différent.

C'est surtout avec les autres grandes céphalées qu'il faut faire le diagnostic différentiel et c'est cette étude qui va faire de ce chapitre l'un des plus importants de notre travail.

Et d'abord la *céphalée des syphilitiques*. Fournier (1),

(1) Fournier, *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1873, p. 761 et suiv.

qu'il faut toujours citer sur ce point de pathologie, décrit deux céphalées : celle qui survient dans la période secondaire et qui ne correspond à aucune lésion anatomique persistante des centres nerveux et celle qui, au début de la période tertiaire, est le symptôme prodromique de la syphilis cérébrale. Ces deux céphalées ont d'ailleurs des caractères communs. La céphalée secondaire est une douleur profonde, interne, une « encéphalalgie » pourrait-on dire : douleur assez étendue, parfois même presque générale, mais avec prédominance sur certains points ; comme forme de souffrances, elle est gravative, ou lancinante, ou constrictive (sensation d'étouffement enserrant la tête) ; ce peut être une dilacération, un martèlement (sensation d'éclatement du crâne). La céphalée peut s'accompagner d'étourdissements, de vertiges, de troubles de la vue sans lésions ophtalmoscopiques. Comme intensité, Fournier en fait quatre degrés : au premier degré, la douleur est légère et supportable ; dès le second, elle est assez forte pour être comparée à un accès de migraine et empêcher presque complètement le travail ; au troisième, elle alite les malades, et au quatrième, c'est une souffrance atroce, épouvantable, pouvant amener des accès de délire furieux. Comme évolution, la céphalée secondaire affecte deux types différents : le type continu avec exacerbations surtout vespérales ou nocturnes (il est excessivement rare que la douleur redouble d'intensité le jour et se calme la nuit.) Et le type intermittent à accès, se reproduisant avec une périodicité plus ou moins nette vers le soir ou dans la nuit.

L'intensité de la douleur permet de prime abord

de différencier de la céphalée neurasthénique, les trois derniers degrés de la céphalée syphilitique secondaire. Au premier degré, sa forme habituelle, dit M. Fournier, est celle d'une simple lourdeur de tête; mais la souffrance n'est à peu près jamais plus forte le jour que la nuit, la localisation n'est pas aussi nette que dans la céphalée neurasthénique; les commémoratifs, l'examen du malade peuvent révéler l'existence de la vérole: en cas de doute, quelques jours de traitement spécifique suffiront généralement à juger la question.— La céphalée qui constitue la plus fréquente des formes initiales de la syphilis du cerveau (1) et qui apparaît d'ordinaire au début de la période tertiaire, est, comme la céphalée secondaire, une douleur intense et profonde, gravative, constrictive ou de martèlement. Elle est parfois circonscrite, limitée à un point fixe du crâne et donnant la sensation térébrante d'un clou enfoncé dans la tête; dans ce cas, comme le fait remarquer Charcot, c'est de ce point que partent les irradiations douloureuses accusées par les malades au moment des paroxysmes.

La localisation fronto-pariétale est fréquente et aurait une certaine importance clinique en tant que signe prodromique des attaques épileptiformes. Parfois aussi, la douleur de tête est plus ou moins diffuse, mais rarement elle envahit toute la tête.

Fournier attache une grande valeur, au point de vue séméiologique, aux caractères suivants :

1° Intensité habituelle et violence parfois extraordi-

(1) Fournier, *De la syphilis du Cerveau*, Paris, 1879, p. 87.

naire de la douleur, même dans les formes relativement légères qui sont de beaucoup les plus habituelles ; cette céphalée constitue un mal de tête intense, plus fort que les céphalalgies vulgaires.

2° Exacerbations nocturnes. Ce signe est très fréquent, mais n'est pas absolument constant.

3° Ténacité, persistance, longue durée, tendance aux récidives.

Ces caractères, les deux premiers surtout, sont de bons éléments de *différenciation de la céphalée syphilitique tertiaire* et de la céphalée neurasthénique ; la localisation précise qu'a généralement cette dernière, les sensations spéciales qui lui appartiennent sont des signes qui, sans avoir la valeur des précédents, pourront parfois être utiles, et qu'il ne faut pas négliger dans un diagnostic important à faire sans le moindre retard.

Mais il est des cas bien plus difficiles encore. M. Fournier décrit ainsi « l'état congestif habituel » qui constitue une forme fréquente du début de la syphilis cérébrale (p. 106 et suiv.).

« Tout d'abord, malaise cérébral constant, dont les malades se rendent parfaitement compte et qu'ils traduisent sous des formes diverses. La plupart vous diront qu'ils ont continuellement « la tête prise, la tête embarrassée ». Quelques-uns se plaignent d'éprouver comme une lourdeur continue de la tête, comme une « calotte de plomb » sur le crâne. D'autres accusent inversement la sensation d'une « sorte de vide dans le cerveau, etc. ». Chez d'autres enfin, ces troubles divers se compliquent d'une céphalée gravative. »

Si l'on remarque en outre avec M. Fournier, que ces malades éprouvent en même temps « un état de vague cérébral qui ne les quitte jamais », qu'ils ont des étourdissements, des vertiges répétés, de l'obnubilation de la vue et de l'ouïe, des engourdissements, des fourmillements passagers des membres, de l'asthénie musculaire, de la démarche ébrieuse, de l'irritabilité, de la paresse intellectuelle, des douleurs vagues, etc., on voit combien le diagnostic peut être difficile entre la neurasthénie et cet état congestif qu'il faut pourtant reconnaître rapidement, sous peine de voir éclater les accidents formidables dont il est d'ordinaire le précurseur. C'est l'étude attentive du malade et de ses antécédents qui, dans les cas douteux, permet de reconnaître l'affection (Lafosse).

Dans les tumeurs de l'encéphale et de ses enveloppes, la céphalée peut précéder de très longtemps les autres symptômes de l'affection. Elle n'a pas de siège fixe ; cependant, le plus souvent, elle est localisée, ou du moins, dans beaucoup de cas, prédomine en un point. Mœbius, dans son ouvrage sur le diagnostic des maladies du système nerveux, signalé la percussion du crâne comme un moyen de déceler quelquefois un point particulièrement sensible, correspondant à la situation de la tumeur.

Cette céphalée est très intense, parfois assez aigüe pour arracher des cris au malade ; elle est réveillée par le moindre effort.

Les malades emploient des expressions variées pour décrire leur souffrance ; ils la comparent parfois à la sensation de brûlure, souvent à celle de coups de marteau, Elle peut avoir le caractère fulgurant.

La céphalée des tumeurs de l'encéphale et de ses enveloppes a rarement une marche continue ; le plus souvent, elle présente des paroxysmes et revient sous forme d'accès plus ou moins prolongés presque toujours suivis de vomissements ; ces accès sont séparés par des rémissions de durée variable pendant lesquelles, surtout au début de l'affection, la douleur peut complètement disparaître.

Le diagnostic avec la céphalée neurasthénique est d'ordinaire facile. La marche par accès suivis de vomissements, l'intensité des douleurs, suffisent à l'établir dans la plupart des cas, même quand c'est à la région occipitale que se localise la souffrance, comme dans les cas de tumeurs cérébelleuses. Signalons encore quand la tumeur intra-crânienne a pris un certain développement, les paralysies localisées, les convulsions, la roideur de la nuque, la lenteur du pouls, la somnolence, puis le coma ; enfin, l'ophtalmoscope permet de déceler un signe certain de gêne circulatoire intra-crânienne, presque pathognomonique de la présence d'une tumeur, c'est la stase papillaire, ou *staungs papille* des Allemands. Mais avec tous ces symptômes, le diagnostic ne sera plus guère en suspens et la céphalée neurasthénique n'aura plus besoin d'être mise en question.

Certains troubles circulatoires du cerveau dus à des intoxications, telles que *l'urémie* dans certaines *néphrites*, *l'alcoolisme*, *le saturnisme*, *l'oxyde de carbone*, certaines *toxines* agissant sur le système nerveux, les *affections typhiques*, la *méningite cérébro-spinale* peuvent provoquer des céphalées qui, au début, pourraient être confon-

dues avec la céphalée neurasthénique ; elles s'accompagnent cependant pour la plupart de troubles spéciaux qui ne permettront guère d'errer longtemps et qui ne tarderont pas à mettre sur la voie du diagnostic. Exception doit cependant être faite pour *l'urémie* qui s'annonce souvent par de la céphalée seule et cela pendant un temps assez long avant l'entrée en scène des autres accidents. La céphalée urémique est d'ordinaire le premier symptôme qui apparaît ; elle s'accompagne généralement, dit Fournier (1), d'état vertigineux. Elle revêt parfois la forme de migraine, toutefois il y a plus souvent douleur frontale qu'hémicrânie vraie et les vomissements sont exceptionnels. Ce mal de tête avec ses accès intermittents durant de quelques heures à quelques jours, se distingue aisément par la marche de la céphalée neurasthénique. Mais il est une autre forme de céphalée urémique, continue, qui se révèle par une sensation de gêne, de poids et d'écrasement, qui a son maximum tantôt au front, tantôt à l'occiput, rarement à la région temporale, qui, le plus souvent, occupe toute la tête et se traduit par une sorte de cercle douloureux comprimant le crâne tout entier, l'enserrant comme dans un casque ou dans un étau et que l'on a comparée à la sensation que produirait sur la tête un casque étroit et lourd (Lancereaux) (2). On a donc bien, en ce cas, et les sensations subjectives et la localisation de la céphalée neurasthénique, mais la céphalée urémique a des paroxysmes survenant plutôt la nuit que dans la

(1) Fournier, *De l'Urémie*. Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

(2) Lancereaux, *Leçon clinique sur l'Urémie*. Union médicale, 15 mars 1887.

journée, ce qui est opposé à ce que l'on observe dans la neurasthénie, et elle s'en distingue par une intensité telle qu'elle arrache souvent des cris aux malades. Dans son article *Urémie* du Dictionnaire de Jaccoud, Labadie, Lagrave signale en plus le *facies particulier* de ceux qui souffrent de céphalée urémique : le masque immobile, l'air anxieux, le regard vague, etc. (Lafosse).

Dans la *céphalée des adolescents* (1), la localisation nettement frontale de l'affection élimine tout d'abord la forme la plus fréquente de la céphalée neurasthénique ; l'âge est un signe à lui seul presque suffisant ; l'intensité des sensations douloureuses, leur apparition qui se fait très généralement au cours des études, l'amélioration fréquente par un traitement tonique et la suspension du travail intellectuel, l'absence de tout phénomène d'accompagnement, permettraient sans grande difficulté la différenciation des deux maladies (Keller).

Certaines lésions des *os du crâne*, telles que la *carie*, la *périostite*, s'accompagnent très souvent au début, et même assez longtemps après leur apparition, de douleurs circonscrites ou diffuses, puis apparaît une tuméfaction osseuse ; plus tard, un abcès se forme. Quand le foyer est profond, le pus s'accumule à la face interne de l'os et y forme une collection qui produit des phénomènes de compression cérébrale ou autres complications intra-crâniennes (Gross) (2).

Citons encore la sinusite, suite de rhinite purulente

(1) Lafosse. *Loc. cit.*, p. 33.

(2) *Nouveaux éléments de path. et de clin. chirurg.*, par Gross, Rohmer et Vautrin, T. I, p. 80. Paris, Baillière, 1890.

chronique qui peut donner lieu à une céphalée intense et persistante.

La céphalée constitue quelquefois un phénomène symptomatique d'une lésion à distance, sous forme de *réflexe sympathique* : qui ne connaît les céphalalgies symptomatiques de mauvaises digestions, produites par des lésions stomacales de diverses natures ? Qui n'a eu occasion de voir de malheureuses femmes souffrant de maux de tête continus provenant d'une lésion de l'utérus, métrite, déviation, etc... ? Il suffit de signaler ces causes possibles de la céphalalgie pour qu'en recherchant leur origine, on ne fasse pas fausse route. Le médecin, en présence d'un cas de céphalée persistante impossible à rattacher aux lésions précédemment étudiées, devra toujours se souvenir de la possibilité de ces réflexes sympathiques.

On n'oubliera pas non plus que l'*hystérie*, l'*anémie*, peuvent provoquer des céphalées extrêmement persistantes, lesquelles ne disparaîtront que si l'on traite la cause première, c'est-à-dire la maladie générale. Inutile d'insister sur les symptômes qui permettent de les reconnaître ; ils sont trop connus et trop répandus pour que nous y insistions et, en nous y arrêtant davantage, nous craindrions d'abuser de la patience du lecteur.

Voilà donc les diverses maladies dans lesquelles apparaît la céphalée, maladies qui pourraient donner lieu à confusion avec la céphalée neurasthénique ; mais bien étrange serait l'erreur de celui qui, après avoir éliminé toutes les causes précitées, croirait pouvoir, par élimination, porter toujours d'une façon certaine le diagnostic de céphalée neurasthénique. Le doute persistera souvent et la

seule pierre de touche finalement, sera le résultat obtenu par le traitement.

C'est ce que dit aussi Müller (1) dans son travail : avec de pareils symptômes (céphalée), dit-il, on comprend que le malade n'ait envie de s'astreindre à aucun travail, soit physique, soit intellectuel, et même, s'il essaie de faire des efforts pour tâcher de se remettre à un travail régulier, les douleurs de tête ne tarderont pas de nouveau à l'en empêcher ; le patient retombe dans son ancien dégoût pour tout travail qui devient et reste pour lui une lourde tâche ; ajoutez à cela un signe particulier de neurasthénie, une somnolence invincible et l'accroissement continu de symptômes pénibles ; il n'y a plus qu'un pas à franchir pour en arriver aux dérangements intellectuels les plus profonds (Müller).

(1) *Loc. cit.*, p. 298.

CHAPITRE VI

Pronostic *

Nullement sérieux au point de vue de l'existence, le pronostic de la céphalée neurasthénique, présente cependant une certaine gravité.

La longue durée du mal, son incommodité, font que c'est une des manifestations de la neurasthénie les plus pénibles pour les patients. De plus, au point de vue professionnel, le mal de tête peut être une entrave, un obstacle invincible. Bien des personnes sont forcées de suspendre ou mieux de quitter à jamais leurs travaux.

Voilà pour le pronostic général ; il faut cependant distinguer entre les malades atteints de neurasthénie accidentelle et ceux tenant leur maladie de l'hérédité. Chez les premiers, la guérison est assurée, si l'on parvient à les soumettre au traitement, surtout moral, que nous allons indiquer plus loin et l'adage : *sublatâ causâ, tollitur effectus* n'a jamais été plus vrai que pour cette catégorie de malades. Si, au contraire, les neurasthéniques dans leurs antécédents héréditaires, ont déjà une tare nerveuse, la guérison deviendra difficilement définitive ; on peut même dire qu'elle ne le sera jamais. On aura alors affaire

à des candidats bien préparés à l'hypochondrie et même à l'aliénation mentale ; la céphalée n'aura été qu'un faible prodrome d'une lésion beaucoup plus sérieuse, qui forcera plus tard à prendre vis-à-vis des malades des mesures beaucoup plus graves que celles auxquelles on les avait soumis jusqu'alors et cela, dans la plupart des cas, sans grand espoir de guérison.

La disparition de la céphalée, dit Bouveret (1) quand elle a duré longtemps et qu'elle a été un des symptômes dominants, peut être assurément envisagée comme un signe de bon augure, au point de vue de l'amélioration et de la guérison de l'état neurasthénique ; mais il ne faut pas oublier que certains neurasthéniques (quelques femmes, par exemple), n'ont pas de céphalée, et n'en ont pas moins tous les autres troubles nerveux avec une extrême ténacité.

(1) Bouveret. *La Neurasthénie*, Paris, Baillière, 1890, p. 52.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement de la céphalée neurasthénique ne comporte pas, à la vérité, d'indications particulières ; c'est en somme, celui de la neurasthénie en général.

Pour le symptôme céphalée, on insistara seulement davantage sur la nécessité d'un repos intellectuel plus complet ; on devra proscrire absolument les excès de toute nature, les veilles, etc.

Le traitement électrique a été préconisé par Beard et Rockwell (1) qui faisaient, en pareil cas, la faradisation universelle.

Erb recommande le même procédé ; il indique aussi la galvanisation générale et centrale (2). Il ajoute que l'on pourrait faire passer le courant à travers le crâne, de manière à combattre plus directement la douleur de tête en elle-même (3). Les symptômes cérébraux de la neurasthénie disparaissent très rapidement par le *séjour dans*

(1) Beard et Rockwell, *A practical treatise on the medical and surgical uses of electricity including localised and general electrification*, New-York 1871.

(2) Erb, *Traité d'électrothérapie*, traduction française de Rueff, 1884, p. 533.

(3) Ziemssens Handbuch, t. II, 1^{re} partie, article Kopfschmerz.

le pays de montagnes. Dans les formes graves de la céphalée ordinaire, Müller a vu constamment cette pratique échouer ; chez d'autres malades, ce n'est qu'après un long séjour que survient une amélioration de ce symptôme si pénible. Les cas de céphalalgies périodiques seront influencés beaucoup plus favorablement. Les douleurs n'apparaissent plus, sur les altitudes élevées, qu'à de rares intervalles, puis finissent par disparaître totalement. Avec la disparition du mal de tête, on voit aussi s'améliorer la façon d'être du patient et son aptitude aux travaux de l'esprit. Les malades commencent par s'intéresser à autre chose qu'à leur maladie exclusivement ; ils lisent les journaux, écrivent des lettres, s'occupent de ce qui les entoure. Au désespoir fait place un nouveau courage, chaque signe d'amélioration est accueilli avec joie. Il est évident que ce n'est pas le climat à lui tout seul qui opère ce changement. Le changement de milieu, de nourriture, l'influence du médecin, et bien d'autres facteurs viennent puissamment en aide. Quand, sous l'influence de l'action climaterique, l'état général est devenu meilleur, on voit l'appétit et le poids du corps augmenter ; tout cela, le malade le remarque lui-même et ne peut avoir qu'une influence très heureuse sur son état. Quelques livres d'augmentation de poids du corps, dit Müller, sont pour le malade plus palpables, que lorsqu'il reçoit du médecin la promesse que cela ne va pas tarder à aller mieux (Müller).

La céphalée, dit Müller (1), sera favorablement traitée

(1) *Loc. cit.*, p. 298.

par une application bien faite de *massage* pendant 4, 6 ou 8 minutes ; un massage maladroit peut et doit augmenter les symptômes pénibles et mettre le patient dans une excitation inouïe ; c'est encore ici le cas de répéter qu'une mauvaise application de cette méthode thérapeutique peut avoir la plus fâcheuse influence sur les maladies du système nerveux et dans la plupart des cas, même quand l'application en est faite par ordonnance du médecin, de pareils cas contribuent tout simplement à prouver que ce dernier ignore la pathologie des maladies nerveuses et que d'autre part, il n'est nullement au courant de l'action physiologique ou curative du massage.

Dans la céphalée neurasthénique, il faut effleurer et presser très doucement les régions sensibles ; on peut, sur le front, faire ces manœuvres de façons bien différentes ; tantôt (le patient étant assis sur une chaise devant l'opérateur) on saisit la moitié de la tête d'une main, tandis qu'on effleure le côté opposé du front avec un ou plusieurs doigts, la main posée à plat, en allant dans la direction de l'oreille ; la pression à développer pendant cet effleurement doit être douce ou assez énergique, selon la sensibilité du patient et selon la sécheresse et la facilité de glissement de la peau ; le médecin expérimenté saura bien vite à quoi s'en tenir. D'autres fois, on pourra pratiquer l'effleurement, en appuyant la tête du malade contre la poitrine de l'opérateur et faire le massage avec les deux mains, en appliquant d'abord les doigts sur le milieu du front et en les éloignant en effleurant et pressant sur le reste des régions frontales latérales. A côté de cela, on se trouvera souvent fort bien des tapottements ; dans les

points les plus sensibles, on ne les fera qu'avec un ou plusieurs doigts; ils rendront les plus grands services dans les cas d'hyperesthésie ou de paresthésie; c'est la sensibilité du patient qui devra renseigner sur la force à développer pendant le tapottement.

Outre le massage direct de la tête, Müller recommande encore de faire les mêmes manœuvres sur l'occiput et la nuque ainsi que le long de la colonne vertébrale. Cette dernière manœuvre, employée souvent contre la céphalée, a donné, paraît-il, les résultats les plus satisfaisants.

Müller insiste sur un résultat singulier obtenu par le massage dans la neurasthénie, c'est une influence particulière sur le cerveau se traduisant par une tendance au sommeil. Les médicaments internes sont loin d'atteindre, toujours ce résultat, malgré leur puissance et leur nombre et cette pratique si simple peut alors rendre de grands services; il serait même certain que de petites doses de sulfonal voient leur action augmenter par le massage de la nuque et de la colonne vertébrale; ces manœuvres ont une action calmante manifeste. C'est ainsi que Müller a vu des malades assis près d'une table, les coudes appuyés sur un coussin, s'endormir pendant le massage et ne se réveiller que lorsque le dernier effleurement avait cessé; d'autres continuaient à dormir pendant un certain temps. Ce massage n'a pas besoin d'être pratiqué régulièrement le soir; mais même appliqué à d'autres moments de la journée, il a une influence favorable sur le sommeil et la nuit.

Certains malades atteints de céphalée neurasthénique n'obtiennent au début que quelques instants de sommeil,

puis ils ne tardent pas à dormir pendant des heures, à condition que le massage soit continué pendant un temps assez long ; d'autres malades peuvent être endormis indifféremment à n'importe quel moment de la journée ; mais l'auteur se défend bien d'employer les pratiques habituelles de l'hypnotisme. La suggestion a quelquefois amélioré quelques symptômes pénibles chez les neurasthéniques, dit Müller, on en a obtenu tout autant de résultats mauvais ; ce qui n'est guère encourageant pour continuer l'application de cette méthode. Cependant, *P. Weill* (1), dans sa Thèse de Nancy 1892, montre l'importance de la suggestion dans toutes les localisations de la neurasthénie.

Dans les cas rebelles de céphalée neurasthénique, les longs voyages en mer réussissent parfois fort bien, c'est en somme l'isolement et le repos absolu.

Vigouroux, en 1878, *Boudet*, de Paris, en 1880, avaient déjà appliqué les vibrations électriques ; Mortimer-Grandville, à Londres, employa un percuteur. Mais c'est surtout Charcot (2) qui, ayant remarqué que certains malades atteints de paralysie agitante se trouvaient améliorés par une course en omnibus, fit construire un fauteuil trépidant ; ses recherches furent continuées par Gilles de la Tourette, qui étendit les indications de la médecine vibratoire et, fort des recherches de Boudet de Paris et de Mortimer-Grandville, appliqua les trépidations mécaniques

(1) Paul Weill. *Des neurasthénies locales*. Thèse de Nancy, 1892.

(2) Charcot. *La médecine vibratoire*. Application des vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux. Leçons recueillies par Gilles de la Tourette. *Rev. internat. de l'Electrothér.* Paris, octobre 1892.

au crâne et au cerveau, en recouvrant la tête du patient d'une sorte de casque fait de feuilles métalliques. Sur ce casque est un petit électro-moteur qui fait environ 6000 tours à la minute et provoque un tremblement qui, par l'intermédiaire des feuillets métalliques du casque, se transmet au crâne; en même temps, il se produit un bruit de rouet assez intense qui agit peut-être en même temps comme agent hypnotique.

Un individu bien portant n'est pas gêné par l'application de cet appareil, mais au bout de 7 à 8 minutes, on subit une sorte d'engourdissement qui produit régulièrement du sommeil; la somnolence chez les malades n'arrive qu'après 6 à 8 séances, et trois fois la migraine fut coupée entièrement. Sur trois neurasthéniques, deux furent guéris, le troisième amélioré; les vibrations firent disparaître les sensations cérébrales spéciales, telles que le vertige et la compression douloureuse de la tête (Müller). Que si ces résultats se confirmaient, on aurait à sa disposition un nouveau moyen de calmer les phénomènes nerveux pénibles.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 10 juillet 1894.

P. SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer.

Nancy, le 10 juillet 1894.

Le Recteur,

A. GASQUET.

